Publications du *Bulletin médical du Nord.*

CONSIDÉRATIONS

sur les

Tumeurs adénoïdes

du pharynx nasal

CORPS ÉTRANGER DE L'OREILLE

ayant provoqué une otite externe diffuse

par M. le docteur **NOQUET**

Lauréat de l'ancienne Faculté de Strasbourg
Membre de la Société centrale de médecine du département du Nord
et de la Société française d'otologie et de laryngologie
Membre correspondant de la Société royale des sciences médicales
et naturelles de Bruxelles, de la Société médico-chirurgicale
de Liége et de la Société de médecine de Strasbourg.

LILLE
Imprimerie CASTIAUX, Grande Place, 13
1887



Principales Publications du même auteur

Étude sur l'insolation et les accidents causés par la chaleur. — Thèse de doctorat. — Paris, 1872.

Étude sur la surdité amygdalienne.— 1879.

Abcès résidueux du cou ressemblant à un kyste. — Guérison après une ponction aspiratrice suivie d'une légère compression. — 1879.

Deux observations de polype de l'oreille.— 1880.

Otite moyenne purulente double. Ostéite des apophyses mastoïdes et de la région des rochers avoisinant les caisses. — Pus dans les labyrinthes (*Pièces pathologiques recueillies sur un sujet mort de méningite cérébro-spinale*).— 1880.

Névralgie de l'auriculo-temporal, des branches auriculaire et mastoïdienne du plexus cervical, de quelques filets du pneumo-gastrique, provoquée par un bouchon de cérumen développé, dans le conduit auditif droit, autour d'un grain d'avoine entré à l'insu du malade. — 1881.

De l'ablation des polypes muqueux des fosses nasales avec le serre-nœud de Zaufal, à propos de deux cas où furent enlevés, dans le premier, 79, dans le second, 58 polypes ou morceaux de polypes.— 1882.

Syphilis héréditaire tardive. Perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche, chez un enfant de dix ans. Otite moyenne chronique simple concomitante. — Heureux effets du traitement spécifique. — 1883.

Polype muqueux de l'oreille gauche, provoquant des douleurs très vives dans l'oreille et à son pourtour. — Ablation avec l'anse froide. — Cautérisation du pédicule avec le cautère galvanique. — Guérison. — 1883.

Corps étranger de l'oreille. — 1884.

De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local, dans l'oreille, le pharynx et le nez. — 1884.

Un cas de syphilides papulo-érosives hypertrophiques des conduits auditifs externes. — Deux observations de corps étranger de l'oreille. — 1885.

Crises épileptiformes provoquées par une otite moyenne chronique simple. — 1886.

Extrait du Bulletin médical du Nord.

CONSIDÉRATIONS

sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal

Communication faite à la Société centrale de médecine du département du Nord, dans la séance du 23 avril 1886

par M. le docteur Noquet.

Je vous demande la permission de vous présenter des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, que j'ai enlevées, chez des jeunes gens de seize, dix-sept et dix-huit ans, avec la pince de Lœwenberg modifiée par Woakes. J'ai choisi, à dessein, ces trois cas, parmi un assez grand nombre d'autres, parce qu'ils montrent bien les différents degrés de développement que l'on rencontre, le plus souvent, dans la pratique.

Chez le jeune homme de dix-sept ans, tout le pharynx nasal était rempli par le tissu adénoïde hypertrophié et l'ouverture postérieure des fosses nasales, ainsi que les pavillons des trompes d'Eustache, complétement obstrués ; chez celui de seize ans, la production morbide s'arrêtait à peu près au niveau de la jonction des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la cloison des fosses nasales, et était assez développée latéralement pour boucher les orifices des trompes. Enfin, chez le jeune homme de dix-huit ans, l'hypertrophie était encore un peu moins développée ; elle n'obstruait que la moitié supérieure des choanes et laissait libres les pavillons des trompes.

Le tissu adénoïde, dans le premier cas, était lisse à sa surface. Dans les deux autres, au contraire, il présentait un aspect mamelonné. Ces trois sujets ne pouvaient pas respirer par le nez ; ils tenaient la bouche constamment ouverte et ronflaient fortement la nuit. Celui de dix-sept ans et celui de seize ans, dont les pavillons des trompes étaient obstrués, présentaient de l'otite moyenne chronique simple et une surdité très prononcée. Leur voix était sourde, mal timbrée.

Le troisième, qui était atteint, en même temps, d'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs, mais dont les trompes étaient libres, n'offrait pas de complications auriculaires ; il était venu me consulter pour une raucité très gênante de la voix, due à une laryngite chronique.

Dans ces trois cas, les malades avaient un teint pâle, le nez était mince, les fosses nasales assez étroites et la voûte palatine ogivale. De plus, le thorax était aplati latéralement. Il n'existait qu'un chevauchement très peu marqué des dents, et les incisives médianes n'étaient pas projetées en avant. Quant aux amygdales palatines, elles n'étaient pas hypertrophiées.

J'intervins, de la même façon, chez les trois sujets. J'enlevai, en plusieurs séances, avec la pince de Lœwenberg modifiée par Woakes, le tissu hypertrophié, et n'eus ainsi que des hémorrhagies insignifiantes. Chez le jeune homme de dix-huit ans, je cautérisai, en outre, la muqueuse des cornets inférieurs avec le cautère galvanique, et badigeonnai, à plusieurs reprises, les cordes vocales avec une solution de chlorure de zinc. La voix redevint, sinon excellente, au moins beaucoup meilleure. Chez les deux autres, quelques insufflations d'air et de vapeurs balsamiques, pratiquées dans les caisses par le cathéter, après l'ablation des tumeurs adénoïdes, firent disparaître complétement la surdité.

Sans vouloir m'étendre trop longtemps sur la question, qui a déjà été traitée d'une façon complète par plusieurs auteurs et, récemment, par M. Chatellier (1), dans sa thèse inaugurale, il ne me paraît pas inutile de faire suivre l'exposé précédent de quelques considérations.

Il existe, dans le pharynx nasal, au niveau de la voûte, une agglomération de follicules clos, déjà entrevue par Lacauchie en 1853 (2), mais qui n'a été décrite, d'une façon bien nette,

(1) Chatellier. — Des tumeurs adénoïdes du pharynx. Thèse de doctorat, Paris, 1886.

(2) Lacauchie. — Traité d'hydrotomie, 1853.

qu'en 1868 par Luschka. On a donné, à cette agglomération, le nom d'amygdale pharyngienne ou d'amygdale de Luschka () . De cette amygdale partent des prolongements , qui s'étendent jusques sur la face supérieure du voile du palais , dans les trompes d'Eustache, et même, dans la muqueuse des cornets inférieurs.

Le tissu adénoïde du pharynx nasal prend en s'hypertrophiant différentes formes , que l'on reconnaît avec la rhinoscopie postérieure et aussi avec l'index introduit derrière le voile du palais. L'hypertrophie peut être plus ou moins prononcée. Tantôt elle remplit toute l'arrière-cavité, en obstruant complétement les choanes et en bouchant l'ouverture des trompes d'Eustache. Tantôt, elle forme simplement une tumeur arrondie , s'implantant par une large base et ne bouchant qu'en partie l'ouverture postérieure des fosses nasales , tantôt, des excroissances polypiformes, plus ou moins volumineuses. D'autres fois , il n'existe pas de tumeur à proprement parler ; toute la région a simplement augmenté de volume. L'hypertrophie peut être aussi très développée, près des pavillons des trompes, et à peu près nulle, sur la ligne médiane, ou inversement. On comprend , du reste , qu'entre les deux extrêmes , bouchage complet de l'arrière-cavité et simples excroissances appendues à la voûte, il puisse exister un assez grand nombre de degrés intermédiaires.

C'est Czermack de Pesth (2), l'inventeur du laryngoscope, qui eut l'idée d'examiner l'arrière-cavité des fosses nasales, par la rhinoscopie postérieure. Le début de ses recherches remonte à 1858 (mars). Il fut suivi, dans cette voie, par Semeleder, Dauscher, Gerhardt, Türk, Voltolini, Lœwenberg et Von Trœltsch.

(1) Voir Ch. Robin. — Dict. encycl. des sciences médicales , t. x. Article Muqueux , p. 439 (Muqueuse du pharynx) et Luschka , Journal de l'anat. et de la physiologie , 1869 , p. 225.

(2) Czermack (Johann , N.). Der Kehlkopfspiegel und seine Verwerthung für Physiologie und medicin. Leipzig , 1860.

Déjà, en 1868, la pathologie du pharynx nasal était assez connue pour que Von Trœltsch pût écrire cette phrase, dans la quatrième édition de son *Traité pratique des maladies de l'oreille* (p. 315) (1) : « Les faits les plus intéressants qu'on a découverts, au moyen du rhinoscope, sont la pharyngite granuleuse près de l'orifice tubaire, ainsi que dans toute la cavité pharyngée supérieure............. des bourrelets muqueux, allongés, aplatis ou semi-circulaires dans la région tubaire. » Toutefois, c'est à W. Meyer, de Copenhague (2), que revient l'honneur d'avoir le premier, en 1874, traité complétement le sujet et proposé un mode opératoire. C'est lui qui donna, aux excroissances formées par l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne, le nom de végétations adénoïdes.

Aussi Meyer est-il célèbre dans le monde des laryngologistes et des otologistes. Une chanson allemande, pleine de verve, chantée lors du Congrès de Copenhague, au banquet offert aux membres du bureau de la section de laryngologie, et passant en revue tous les symptômes des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, a, pour refrain, le distique latin :

Meyer semper valeat !
Vivat ! crescat, floreat ! (3)

Depuis, bon nombre d'auteurs se sont occupés de cette question. Je citerai, en France, Lœwenberg, Dubief, Daremberg, Calmettes, Poisson, David, Baratoux, Fabre, Chatellier, à l'étranger, Frânkel, Justi, Schwartze, Wendt, Bardenheuer, Störck, Beusch, Zaufal, Voltolini, Carl Michel, Lublinski, Delstanche, Woakes, Politzer, Michael, Schœffer, Beverley-Robinson, Lange, Catti, Guye, Lincoln, Creswel Baber, Tauber, Morell-Mackensie, Golding Bird, Ganghofner, Solis Cohen, Roé,

(1) Traduction française, par Kuhn et Lévi. Paris, 1870.

(2) W. Meyer, de Copenhague. Uber adenoïde Vegetationen in der Nasenrachenhöhle. Archiv. für ohr. Band VII, Band VIII.

(3) Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1884, p. 367.

Pohl, Hartmann, Zawerthal, Blau, Swimburne, Bezold, Cardone, Rankin, Pramberger, Doijer, Deighton et Gottstein.

L'hérédité joue un grand rôle dans la production des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Il n'est pas rare de voir, dans une même famille, tous les enfants être atteints de cette affection à des degrés divers, quand le père, par exemple, en a conservé des traces indélébiles ou présente, simplement, de l'hypertrophie des follicules disséminés du pharynx. En dehors de l'hérédité, il faut tenir compte du tempérament lymphatique, et surtout des inflammations répétées aiguës ou subaiguës de la région pharyngienne supérieure, si fréquentes chez les jeunes enfants.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal peuvent se développer dès les premiers mois de la vie; mais il est rare qu'il en soit ainsi. En général, c'est de quatre à six ans que l'hypertrophie de la tonsille de Luschka devient manifeste. Vers la quinzième année, quelquefois plus tôt et, souvent plus tard, elle tend à diminuer peu à peu, pour ne former, chez l'adulte, que de petites tumeurs arrondies, lisses et plus ou moins pédiculées. Mais, dans leur période d'état, ces tumeurs produisent des symptômes gênants et des déformations persistantes. Il est tout-à-fait exceptionnel de voir le tissu adénoïde du pharynx nasal augmenter de volume, chez l'adulte. Chatellier (1) dit ne connaître que deux observations, dans lesquelles, l'affection débuta après la quarantième année. Ces deux observations sont de Golding Bird (2). En ce qui me concerne, je n'ai jamais rencontré de cas analogues.

L'hypertrophie n'arrivant que lentement à son maximum de développement, les symptômes sont peu accentués au début et n'attirent guère l'attention ; les malades ne ressentent, d'ailleurs, aucune gêne, ni aucune douleur, dans la région

---

(1) Chatellier. — (Loc. cit.).

(2) Golding Bird. — Guy's hosp. Reports, 1881, troisième série, vol. xxv, p. 441 et suivantes.

atteinte. Le premier signe est l'ouverture permanente de la bouche, ouverture permanente qui donne au facies un aspect hébété. Les choanes étant bouchées complétement, ou à peu près, l'air ne peut plus passer par les fosses nasales, et c'est de là que proviennent la plupart des complications. L'air ne s'humidifie, ni ne s'échauffe au contact de la membrane de Schneider ; aussi les muqueuses laryngée et bronchique sont-elles très-exposées aux inflammations aiguës ou chroniques. Si l'on tient compte, en outre, de ce fait que, par suite de la présence du voile du palais, le volume d'air inspiré est insuffisant, on comprend que l'hématose se fasse mal. Le teint est pâle, le sujet souffreteux et malingre. Comme autres conséquences, il faut signaler le ronflement nocturne, dû aux vibrations que le courant d'air imprime au voile du palais, l'essoufflement rapide, les suffocations qui réveillent l'enfant en sursaut et les sueurs nocturnes. Le plus souvent, il se montre, en même temps, une surdité assez prononcée, qui va s'aggravant de jour en jour. L'irritation chronique, que les tumeurs entretiennent dans le pharynx, et l'obstruction des pavillons des trompes provoquent des otites moyennes chroniques simples ou suppurées, avec toutes leurs conséquences.

Si l'on ne porte pas remède à cet état de choses, en curant le pharynx nasal, les phénomènes deviennent de plus en plus manifestes et atteignent leur maximum, vers l'âge de quinze ans. A cet âge, la bouche est tellement ouverte que les incisives supérieures sont visibles en tout ou en partie. Les fosses nasales, ne remplissant plus leurs fonctions normales, ne se développent pas, et toutes les parties de la face qui sont, à ce point de vue, sous leur dépendance, restent aussi stationnaires. Le nez est mince, les sinus maxillaires, frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux conservent des dimensions restreintes. Aussi la face est-elle aplatie latéralement et les yeux, pour me servir d'une expression vulgaire, presque

à fleur de tête. La voûte palatine, au lieu de s'élargir, se développe en hauteur et prend une forme ogivale très accentuée ; il en résulte que l'arcade dentaire supérieure conserve une étroitesse exagérée et que la partie antérieure fait, en avant, une saillie plus ou moins prononcée. Ce prognathisme est, quelquefois, d'autant plus accentué que l'os incisif est projeté fortement, dans le même sens ; la face antérieure des dents qu'il supporte se trouve ainsi dirigée de bas en haut et d'avant en arrière. Le plus souvent, les dents ne trouvent pas un espace suffisant et ont tendance à chevaucher. Il n'est pas rare de constater, en même temps, une disposition particulière qui tient à ce que le maxillaire inférieur, n'étant pas soumis aux mêmes influences que son congénère, acquiert des dimensions normales. Les dents, implantées sur ce maxillaire, dépassent en avant les supérieures. Il est bien entendu que toutes ces déformations peuvent être plus ou moins prononcées et qu'il faut surtout tenir compte, pour expliquer ces différences, de l'époque où les tumeurs commencent à entrer dans leur phase de régression. Quant à la cloison des fosses nasales, elle est, le plus souvent, déviée latéralement. Enfermée dans un organe qui reste trop petit pour elle, elle est forcée de s'incurver et de former ainsi des saillies plus ou moins prononcées.

Il est une dernière déformation que je tiens à rappeler, c'est celle du thorax. On le trouve habituellement déprimé, aplati, sur les côtés et vers le milieu de sa hauteur. Quelquefois même, il présente, à ce niveau, une concavité assez marquée. Le sternum peut aussi être très enfoncé dans son tiers inférieur. Ces modifications, qu'on ne rencontre pas dans le rachitisme, sont évidemmenf dues à l'arrivée insuffisante de l'air. Les côtes et le sternum n'ont, chez l'enfant, qu'une faible résistance ; ils sont refoulés en dedans par la pression extérieure plus forte que l'intérieure, et aussi, très probablement attirés, dans le même sens, par les contractions exagérées du

diaphragme, qui cherche à augmenter l'amplitude du courant respiratoire (hypothèse de Lambron) (1).

Toutes ces déformations que je viens de signaler, j'ai eu l'occasion de les constater bon nombre de fois, chez des adultes, qui venaient me consulter pour une affection de l'oreille moyenne, et, chez lesquels, la rhinoscopie postérieure indiquait l'existence de tumeurs adénoïdes atrophiées. Je les ai vues, il y a quelques jours, à leur maximum d'intensité, chez un homme de quarante-cinq ans atteint d'*otite moyenne chronique simple.*

Je terminerai cet exposé des symptômes et des complications, en signalant une sécrétion abondante de mucosités épaisses, adhérentes, qui persiste, souvent, chez les adultes, après l'atrophie, une toux fréquente, assez opiniâtre, mais généralement peu fatigante, et l'altération de la voix.

---

(1) Lambron. — De l'hypertrophie des amygdales, de ses fâcheuses conséquences, de ses complications et de son traitement par les eaux de Bagnères de Luchon. — Rapport de M. Blache. In Bulletin de l'Acad. de méd., 1861.

Depuis que cette communication a été faite, M. Grancher a signalé, dans les *Annales des maladies de l'oreille* (mai 1886), un nouveau signe des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.

Chez les malades atteints de cette affection, la respiration est costo-diaphragmatique aussi longtemps que l'air inspiré passe par la bouche. Mais dès qu'on contraint les patients à respirer par le nez, en leur faisant fermer la bouche, l'insuffisance de la voie nasale amène un changement du type respiratoire. De costo-diaphragmatique, ce type devient costal supérieur. L'auscultation apprend, en outre, que la respiration est incomplète; le murmure vésiculaire est obscur et voilé.

Ces constatations sont intéressantes. Toutefois, le signe précité n'appartient pas seulement aux tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. On pourra l'observer toutes les fois où les fosses nasales présenteront un certain degré d'obstruction. On le rencontrera, notamment, avec les polypes muqueux et l'hypertrophie de la muqueuse des cornets.

Les fosses nasales et leur arrière-cavité servent beaucoup à la production des harmoniques ; leur oblitération provoque des changements dans le timbre, l'intensité, la hauteur et l'articulation des sons. La voix est morte, comme dit Meyer, mal timbrée, peu élevée et peu étendue. Les consonnes nasales M et N sont mal prononcées. L'M devient B et l'N D. Ce dernier signe est, toutefois, loin d'être constant. Assez souvent, une laryngite chronique vient compliquer la situation, en provoquant de la raucité.

La plupart des symptômes que je viens de passer en revue, et notamment la déformation thoracique, avaient déjà été décrits bien avant que l'on connût les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Dupuytren (1828) (1) et plus tard Alph. Robert (1843) (2), Guersant (1854) (3), Chassaignac (1854) (4) etc., les avaient rattachés à l'hypertrophie des amygdales palatines. Pour eux et pour les auteurs qui se sont occupés de cette question avant ces dernières années, cette hypertrophie, quand elle était très prononcée, était susceptible d'empêcher la respiration nasale et de provoquer ainsi toutes les conséquences précitées.

Il faut bien reconnaître que souvent la tonsille de Luschka est hypertrophiée en même temps que les tonsilles palatines. Celles-ci étant enlevées avec le tonsillotome, ou mieux réduites par le galvano-cautère, on s'aperçoit que la respiration nasale n'est pas plus facile qu'avant l'opération, et la rhinoscopie postérieure vient démontrer que l'arrière-cavité est obstruée par du tissu adénoïde. Mais, à côté de ces cas, il y

---

(1) Répert. d'anat. et de phys., t. V, 1828. — Sur la dépression des parois de la poitrine.

(2) Du gonflement chronique des amygdales chez les enfants. Bulletin général de thérapeutique, t. XXIV, p. 343.

(3) Guersant. — Gazette des hôpitaux, 1854, p. 335.

(4) Chassaignac. — Gazette des hôpitaux, 1854. — Leçons sur l'hypertrophie des amygdales.

en a d'autres, et j'en ai déjà, pour mon compte, rencontré un bon nombre où, en s'attaquant aux amygdales palatines hypertrophiées, on rétablit l'état normal, et où l'on peut s'assurer, par l'examen ordinaire, que le pharynx nasal est libre. Aussi ne puis-je partager les doutes émis par Chatellier (loc. cit., p. 69). Il me paraît absolument démontré que l'hypertrophie des amygdales palatines peut, quand elle existe seule et quand elle atteint un certain volume, être la cause des accidents indiqués plus haut.

On rencontre donc trois sortes de cas, dans la pratique :

1.° L'amygdale pharyngée est seule hypertrophiée, ou du moins, les deux autres ne le sont pas assez pour qu'on puisse en tenir compte (ces cas sont certainement les plus nombreux).

2.° Les trois amygdales présentent un volume exagéré.

3.° Les amygdales palatines ont acquis un volume suffisant pour empêcher, à elles seules, le passage de l'air par la voie nasale.

Le diagnostic des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal est en général facile. L'aspect, en quelque sorte caractéristique des malades met sur la voie. La plupart viennent, du reste consulter pour des troubles de l'ouïe.

Il est utile de pratiquer, tout d'abord, la rhinoscopie antérieure, dans le but d'éliminer l'étroitesse des fosses nasales les déviations de la cloison, le coryza chronique, l'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs et moyens, et les polypes muqueux. Ce même mode d'exploration permett aussi d'apercevoir les autres tumeurs bénignes et malignes ostéomes, kystes osseux, enchondromes, sarcomes, etc., fo rares, d'ailleurs, dans cette région ; je les mentionne, simpl ment, pour ne rien oublier.

Le plus souvent, l'étroitesse des fosses nasales et les dévi tions de la cloison sont liées à la présence des tumeurs ad noïdes. Il est cependant des cas où ces lésions existent seule elles peuvent être congénitales ou avoir été provoquées par

raumatisme. Quant au coryza chronique et à l'hypertrophie le la muqueuse des cornets, ils constituent une complication réquente des tumeurs dont il est ici question ; mais on les encontre aussi assez souvent isolés, surtout chez les adolescents, et susceptibles de contraindre les malades à respirer par la bouche.

Autant que possible, il faut faire en sorte de bien voir les umeurs avec la rhinoscopie postérieure. Habituellement, dans es cas, le refoulement en avant du voile du palais par le issu hypertrophié facilite cette sorte d'examen. Avec beaucoup de patience, en employant un petit miroir circulaire ou valaire, et en badigeonnant au préalable, avec une solution le chlorhydrate de cocaïne (1/10), la muqueuse du pharynx, on rrive, souvent, sauf chez les enfants au-dessous de huit ou ieuf ans, au résultat cherché. J'ai remarqué que l'examen, vec le doigt indicateur, déplaisait beaucoup aux patients et ontribuait ainsi à les rendre plus récalcitrants par la suite. le plus, il m'a semblé que cette exploration ne donnait pas oujours des renseignements très complets, surtout pour les umeurs développées latéralement, près des pavillons des rompes. Enfin, la rhinoscopie postérieure permet seule de e bien renseigner sur ce qui se passe, dans l'arrière-cavité. Avec elle, on reconnaîtra l'hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs, les polypes muqueux kystiques les fosses nasales faisant saillie dans l'espace naso-pharyngien et les kystes de la bourse pharyngienne. Ces affections et, surtout les deux dernières, sont assez rares. Mais comme elles empêchent le passage de l'air par la voie nasale et nécessitent un tout autre traitement que les tumeurs adénoïdes, elles méritent d'être diagnostiquées.

L'abaissement de la langue fait constater, dans la plupart les cas, une légère hypertrophie des amygdales palatines. La muqueuse du pharynx buccal est rouge, un peu épaissie, recouverte parfois de mucosités visqueuses, plus ou

moins adhérentes; elle présente aussi, généralement, quelques granulations constituées par des follicules clos augmentés de volume. Dans le miroir rhinoscopique, les tumeurs se montrent, sous les différents aspects qui ont été décrits plus haut. Elles sont d'un rouge assez vif et quelquefoi tapissées de mucosités d'un blanc sale.

On pourrait se trouver embarrassé, en face d'un polype naso-pharyngien peu développé ou d'un sarcome à son début La rhinoscopie postérieure ne permettrait évidemment pa de faire le diagnostic différentiel. Ces productions sont heureusement fort rares, et, le plus souvent, leur marche envahissante viendra mettre sur la voie. Les tumeurs adénoïde ne se développent jamais assez pour sortir de l'arrière-cavité Les polypes fibreux présentent, en outre, certaines particularités qui pourront aider à les reconnaître. Leur consistanc est dure ; ils saignent abondamment dès qu'on entame leu surface et ne se rencontrent que dans le sexe masculin. D reste, l'ablation totale ou partielle de la tumeur rendrai possible l'examen histologique et suffirait ainsi pour leve tous les doutes.

Il est bon de soumettre les malades porteurs de tumeur adénoïdes du pharynx nasal à un traitement général. Un hygiène convenable, les bains salés, l'huile de foie de morue l'iodure de fer seront conseillés suivant les règles ordinaires Le séjour au bord de la mer ou, dans certaines région alpestres, les cures thermales (stations pyrénéennes, Mon Dore, etc.) trouveront aussi leurs indications.

Dans quelques cas où l'hypertrophie était peu développée je me suis bien trouvé de l'emploi persévérant de pulvérisations pratiquées, deux fois par jour, dans les fosses nasales avec une solution saturée d'acide borique. Ces pulvérisation qui sont très bien supportées, balaient les mucosités et m'on paru avoir une action réelle sur le tissu morbide. Je les pres cris, même quand je juge l'intervention opératoire indispen

sable. Elles soulagent toujours les malades et réussissent fort bien à les débarrasser de cette toux incessante, particulièrement pénible, qui se montre, lorsqu'une inflammation catarrhale aiguë des muqueuses nasale et pharyngienne vient compliquer la situation.

La douche de Weber, faite avec des solutions alcalines ou astringentes, aurait, d'après quelques auteurs, réussi à amener la guérison, dans certains cas où le tissu adénoïde n'avait pris qu'un développement modéré. Cette douche a un inconvénient sérieux ; elle expose à l'introduction de liquide dans les caisses. Cette introduction, qui peut provoquer des douleurs vives et l'otite moyenne purulente, se fera d'autant plus facilement, chez les malades dont il est ici question, que l'arrière-cavité est fortement encombrée, et que, par suite, le liquide aura de la peine à passer d'une fosse nasale dans l'autre. Il n'y a rien de semblable à craindre avec les pulvérisations, et, comme elles donnent à peu près le même résultat que les douches, elles me paraissent préférables.

En réalité, les cas où les moyens précités amènent une guérison complète ne constituent qu'une bien minime exception, et il faut, presque toujours, avoir recours à une intervention plus active.

Comme je l'ai dit plus haut, Meyer de Copenhague (1) est le premier qui pratiqua l'ablation. L'instrument qu'il imagina est un couteau annulaire, d'un centimètre de diamètre, à bord interne tranchant. Ce couteau est placé à l'extrémité d'une tige fine et rectiligne, montée sur un manche. Le manche est porteur d'une marque destinée à faire connaître la situation de l'anneau. L'instrument est tenu de la main droite, de façon à ce que l'anneau pénètre verticalement entre la cloison et les cornets, et soit ainsi poussé jusque dans l'arrière-cavité. On fait alors décrire à l'instrument un quart de cercle. L'index gauche, introduit derrière le voile du palais, presse l'anneau devenu

(1) Meyer de Copenhague, loc. cit.

horizontal contre les tumeurs qui pénètrent, dans l'ouverture circulaire. La main droite tire l'instrument d'arrière en avant, et sectionne le tissu hypertrophié, qui est expulsé par la bouche ou par le nez. Ce mode opératoire ne peut servir, quand l'hypertrophie s'est faite en nappe, ni pour les tumeurs implantées sur la paroi postérieure, ou sur les parois latérales. De plus, l'introduction doit être habituellement très douloureuse, et souvent même, très difficile. L'étroitesse des fosses nasales, si fréquente chez les sujets à opérer qui, il ne faut pas l'oublier, sont en général des enfants, constitue un obstacle sérieux. La présence de l'index gauche, dans l'arrière-cavité, est elle-même fort désagréable. Il est vrai que cette manœuvre peut, à la rigueur, être supprimée. Enfin, le couteau ayant forcément un volume exigu ne détache que de petits morceaux. Pour toutes ces raisons, on songea à remplacer la tige droite par une tige courbée, permettant de prendre la voie buccale. Il serait facile d'avoir à sa disposition plusieurs instruments ayant un anneau assez grand et disposé de telle sorte que l'on puisse opérer, sur toutes les parois, en haut, en arrière et latéralement. Comme le précédent procédé, celui-ci aurait le défaut de ne pouvoir entamer le tissu hypertrophié en nappe et ne présentant pas de saillie. En outre, on comprend que le couteau annulaire, en agissant latéralement, puisse blesser l'extrémité pharyngienne de la trompe d'Eustache, et faire naître ainsi, quelquefois, une otite moyenne purulente (1). Quant aux curettes à bords tranchants, (Justi (2), Lœwenberg (3)), et aux autres instruments à

(1) Dans ces derniers temps, Gottstein a imaginé un couteau dont la fenêtre est en forme de poire. Ce couteau s'introduit par la bouche (Berl. Klin. Wochensch ; n.° 2, 11 janvier 1886).

(2) Justi. — Ueber adenoïde Neubildungen in Nasenrachenraume Sammlung Klinischer Vortrage von R. Volkmann, n.° 125, 1878.

(3) Lœwenberg. — Gaz. des hôpitaux, 1878. Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ; leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation ; leur traitement, p. 900.

tranchant découvert, comme le couteau annulaire de Lange(1), ils sont encore bien plus dangereux, parce qu'il est difficile de limiter leur action et qu'on se trouve exposé à blesser, de cette façon, non-seulement le pavillon des trompes, mais aussi, le voile du palais, la luette, la cloison, même les cornets, surtout lorsqu'ils sont hypertrophiés, et à pénétrer au-delà de la muqueuse pharyngienne.

Si l'étroitesse de la voie nasale ne s'y opposait pas le plus souvent, l'un des meilleurs modes opératoires consisterait à enlever les tumeurs par le nez, avec un serre-nœud suffisamment long, en s'aidant, bien entendu, du miroir frontal et du spéculum nasi. Les serre-nœuds de Zaufal, de Blacke, de Hartmann, de Delstanche, méritent d'être signalés. Toutes les fois où il m'a été possible d'avoir recours à cette méthode, je n'ai eu qu'à m'en louer. Elle est bien supportée et permet de débarrasser l'arrière-cavité, en quelques séances. Mais ces cas sont très rares.

Carl Michel (2) et Voltolini (3) emploient, de cette manière, l'anse galvanique. Pour mon compte, je ne pense pas qu'il y ait grand avantage à agir ainsi. L'anse froide me paraît aussi efficace. Elle est moins douloureuse ; en outre, l'instrument qui la porte pouvant être plus mince et plus léger que celui dont on se sert pour l'anse galvanique, elle est moins difficile à introduire et à manier.

Quelques opérateurs font pénétrer l'anse froide et l'anse galvanique, dans le pharynx nasal, par la voie buccale, en se servant de conducteurs présentant des courbures appro-

(1) Lange (de Copenhague). — Nouvelle méthode pour opérer les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Congrès d'Amsterdam (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, t. v, 1879, p. 294.

(2) Traité des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-phar. Traduction de A. Capart, 1879, p. 123.

(3) Die Anwendung der galvano-caustik in Kehlkopf, Rachen und in der Nasenhole. Wien, 1872. Wilh. Braumüller.

priées. Le lacet à polypes de Hartmann, avec tube recourbé à angle droit (1), le lacet à guillotine de Stœrck (2), avec œillets de rechange pour les diverses parois, le serre-nœud rétro-nasal de Delstanche (3) sont des instruments ingénieux, auxquels on peut cependant adresser deux reproches. Il est impossible de pénétrer, avec ces instruments, dans le tissu hypertrophié en nappe. En outre, il est assez difficile de saisir, de cette manière, les tumeurs adénoïdes, sans se servir du miroir rhinoscopique ou du doigt indicateur gauche, introduit derrière le voile du palais. Ces manœuvres compliquent l'opération, la rendent plus désagréable pour les patients, plus longue et plus difficile. Les mêmes reproches peuvent s'appliquer à l'anse galvanique, conseillée par Carl Michel (4) et Baratoux (5).

L'emploi des pointes galvaniques est plus commode. On peut ainsi cautériser les tumeurs adénoïdes, soit par la voie buccale, soit par la voie nasale, sans avoir recours ni au miroir rhinoscopique, ni au contrôle de l'exploration digitale. Il suffit de s'éclairer avec le miroir frontal. Quand l'hypertrophie est modérément développée, j'ai, de préférence, recours à cette méthode. Après avoir exploré soigneusement l'arrière-cavité, je pénètre, en passant par la bouche, dans les différents points de la masse morbide, au milieu, latéralement en avant et en arrière, avec un cautère pointu assez volumi-

(1) Ueber Polypenschürer und ihre Anwendung im Ohre in der Nas[e] und im Nasenrachenraume. Deustche med. Woch, n.° 26, 1877.

(2) Sitzungprotokoll der Naturfoscherversammlung in Gratz, 1875 Arch. für ohrenh., vol. 10, p. 216.

(3) Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et d[u] pharynx, t. XI, 1885, p. 280.

(4) Carl Michel (loc. cit.), p. 126.

(5) Baratoux. — Tumeurs adénoïdes; contribution à l'étude de[s] maladies de la cavité naso-pharyngienne. Revue mensuelle de laryng[.] d'otol. et de rhinol., n.° 12, 1883.

neux , placé à l'extrémité d'une tige ayant la forme d'une S allongée. Je fais, au préalable , deux badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (1/10). Trois ou quatre séances, espacées en moyenne de dix à quinze jours, suffisent habituellement.

Je crois le galvano-cautère préférable au nitrate d'argent ou à l'acide chromique fondus. Son action est tout-à-fait locale , plus profonde et plus rapide. En outre , à ses propriétés destructives s'ajoutent les effets permanents de la rétraction cicatricielle. Meyer (1), qui a préconisé le nitrate d'argent, se sert d'un certain nombre de porte-caustiques destinés à atteindre les divers points de l'espace naso - pharyngien. Politzer les a réunis en un seul instrument composé d'un prisme d'argent quadrangulaire, fixé à l'extrémité d'une tige de 0,20 cent. de longueur. Le prisme a 15 millimètres de hauteur ; sa base est un carré de 4 millimètres de côté. Les faces présentent des rayures destinées à maintenir le nitrate d'argent fondu. On coule le nitrate sur la face correspondant à la paroi du pharynx nasal que l'on veut cautériser , et, comme la tige est flexible , il est facile de lui donner une courbure appropriée. La langue étant fortement abaissée , on fait pénétrer l'instrument, par derrière le voile du palais, dans la cavité naso-pharyngienne , et lui imprime des mouvements de va et vient, tout en l'appuyant sur la surface à cautériser (2). L'acide chromique pourrait être employé de la même façon.

Il me reste encore à examiner quelques procédés.

Lœwenberg avait déjà parlé, dans son mémoire (loc. cit.) , sans toutefois insister beaucoup , de la possibilité d'attaquer certaines tumeurs adénoïdes molles, avec le doigt indicateur recourbé en crochet et introduit derrière le voile du palais.

(1) Loc. cit.

(2) Politzer. — Traité des maladies de l'oreille , traduit par le docteur A. Joly (de Lyon) , p. 298.

Mais c'est Guye (1) (d'Amsterdam) qui, le premier, conseilla l'emploi régulier de cette méthode.

Creswel-Baber (2) en est très partisan et dit y avoir eu recours souvent avec succès. Moure la préfère à toutes les autres (3). Pour ma part, les quelques essais que j'ai faits de ce procédé ne m'engagent pas à recommencer. Quoi qu'on en dise, il est fort désagréable pour les patients, et, de plus, il m'a paru peu efficace. Le doigt, gêné, dans ses mouvements, par les contractions réflexes des muscles du pharynx et du voile du palais, manœuvre assez difficilement. Il lui est surtout presque impossible d'atteindre les tumeurs situées sur les parois latérales, près des trompes, ce qui est cependant très important. Les mêmes reproches peuvent s'appliquer à l'ongle métallique. Chatellier (4) dit avoir vu un laryngiste en renom se servir de cet ongle et n'obtenir qu'un résultat très médiocre. Il doit en être ainsi quand le bord libre de l'ongle est peu tranchant. Si, au contraire, ce bord libre était très coupant, l'opérateur, ainsi que je l'ai déjà dit, à propos des instruments à tranchant découvert, s'exposerait à blesser bon nombre d'organes du voisinage et à pénétrer plus profondément qu'il ne le voudrait (5).

(1) Guye (d'Amsterdam). — Congrès int. de Londres, 1881.

(2) Creswel-Baber. — Annales des maladies de l'or. et du larynx t. XI, 1885, p. 97.

(3) Moure. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales e de la cavité naso-pharyng. Paris, 1886, p. 273.

(4) Chatellier, loc. cit., p. 74.

(5) M. Guye, lui-même, ne semble plus aussi content de sa méthode, puisqu'il a fait présenter, à la Société française d'otologie de laryngologie, depuis que cette communication a été faite, un co teau en forme d'anneau allongé et à bord interne tranchant, desti à être introduit par la voie buccale (Société fr. d'otol. et de laryn Séance du 30 avril 1886. In Revue mens. de laryng., d'otol. et rhinol., 1886, p. 351).

Frappé des inconvénients que présentent les divers instruments dont il a été question plus haut, couteau annulaire de Meyer, curettes tranchantes, couteau annulaire à bord externe tranchant, serre-nœuds divers, M. Lœwenberg fit construire une pince coupante, à anneaux, qui se trouve décrite et figurée dans son mémoire (1).

Longue d'environ 25 centimètres, cette pince se termine par deux mors légèrement concaves, dont les bords supérieurs coupants peuvent s'appliquer exactement l'un contre l'autre. Elle présente deux courbures, qui la font ressembler à une S allongée. La première courbure, qui forme un angle arrondi légèrement obtus et ouvert en haut, se trouve entre les mors et l'articulation des branches. Les mors peuvent ainsi facilement passer, derrière le voile du palais, et atteindre la voûte du pharynx. La seconde courbure forme un angle beaucoup plus obtus, regardant en bas; sa partie culminante est à peu près à 12 centimètres des anneaux. Grâce à cette disposition, la main de l'opérateur se trouve en-dessous de l'ouverture de la bouche et n'encombre pas le champ visuel. Quant à l'articulation, elle est placée près des mors, de manière à ce que le chirurgien ait à sa disposition un long bras de levier. Les mors ont été modifiés de différentes façons (Michael, Woakes, etc.); une des meilleures modifications, et, dans tous les cas, la plus connue est celle de Woakes. Les mors de Woakes sont constitués par deux cuillères hautes de un centimètre et demi et larges de un, dont les bords supérieurs et postérieurs tranchants se touchent, quand l'instrument est fermé. Les bords antérieurs, qui regardent la cloison pendant le fonctionnement de la pince, sont, au contraire, mousses et restent séparés par un millimètre environ, même lorsque la main exerce une forte pression au niveau des anneaux. Cette modification est avantageuse en ce sens qu'elle permet d'enlever,

(1) Lœwenberg. — Loc. cit.

chaque fois, avec plus de facilité, une plus grande quantité de tissu hypertrophié. On comprend, du reste, que l'on puisse avoir, à sa disposition, des pinces portant des cuillères plus ou moins larges et plus ou moins hautes.

On n'est pas exposé, avec l'instrument qui vient d'être décrit, à blesser les parties voisines, puisqu'il ne présente, quand il est fermé, aucun bord tranchant. Son action reste facilement limitée au tissu adénoïde ; il suffit de serrer fortement, de manière à couper et non à arracher. En arrachant, on courrait risque, en effet, d'entraîner une certaine portion de la muqueuse du pharynx. Enfin, on peut aussi, avec ce instrument, pénétrer, dans le tissu hypertrophié en nappe et l'enlever par fragments.

Voici comment on procède à l'opération, après avoir, bien entendu, reconnu, exactement, la position et le volume des tumeurs. Le chirurgien, assis en face du malade dont i abaisse fortement la langue de la main gauche, éclaire l cavité buccale et le pharynx avec le miroir frontal. De la mai droite, il tient la pince, de façon à ce que les mors fermé soient dans un plan horizontal, et la pousse rapidement jus qu'au pharynx. Il lui fait alors décrire un quart de cercle tout en abaissant un peu la main, pour que les mors pé nètrent derrière le voile du palais, dans l'espace naso pharyngien. Le mouvement d'abaissement doit être modéré si on l'accentuait trop, on s'exposerait à saisir la cloiso Quand les mors sont dans l'arrière-cavité, le chirurgien ouvr la pince, tout en remontant le plus haut possible ; il est pru dent, toutefois, d'écarter modérément les mors. On sais ainsi, il est vrai, moins de tissu morbide ; mais, par contre, est, de cette manière, plus facile d'agir en coupant.

J'enlève, autant que possible, dans la même séance, tro portions de la masse morbide, une au milieu, et une c chaque côté. Dans les cas où l'hypertrophie est modérée, cet séance suffit ; dans les autres cas, il faut en faire deux c

trois, à huit jours au moins d'intervalle, pour éviter d'opérer sur une surface encore enflammée par le traumatisme précédent et qui, par suite, saignerait plus abondamment. Je dois dire que l'hémorrhagie est généralement très modérée, et que je n'ai pas rencontré, jusqu'ici, un seul cas où elle ait pris des proportions inquiétantes. Il serait, du reste, toujours facile de la combattre par un tamponnement convenablement pratiqué avec l'ampoule de Galante, ou tout autre appareil analogue.

Il n'est jamais nécessaire de curer complétement le pharynx nasal. On peut s'arrêter quand on a rendu possible la respiration par le nez, et quand on a débarrassé l'ouverture des trompes. Le reste du tissu morbide s'atrophie, le plus souvent, par la suite, sans aucun traitement.

J'ai quelquefois badigeonné, préalablement, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (1/10 ou même 2/10), la surface des tumeurs ; mais il m'a semblé que ce badigeonnage ne faisait que compliquer l'opération, en la rendant plus longue. Il est assez désagréable, surtout à cause des mouvements réflexes qu'il provoque, et, vraiment, l'ablation, dans ces cas où il faut aller vite et ne pas lasser la patience des opérés, est tellement peu douloureuse, qu'il vaut mieux renoncer à l'anesthésie locale.

Souvent, il suffit de faire tenir solidement la tête et les mains des patients. Quand ils sont trop récalcitrants, je les attache sur une chaise avec trois courroies solides, et n'ai jamais jusqu'à présent, grâce à ce petit moyen, été obligé d'avoir recours au chloroforme.

Les suites de l'opération sont, habituellement, des plus simples ; l'opéré ne ressent aucune douleur, ni aucune gêne.

Il a été conseillé de n'enlever les tumeurs adénoïdes, avec la pince, qu'en s'aidant du miroir rhinoscopique ou de l'exploration digitale. Pour moi, je considère non-seulement ce mode de faire comme inutile, mais aussi comme impos-

sible, dans la plupart des cas. Je ne crois pas qu'il soit facile de rencontrer un grand nombre de patients capables de tolérer la présence simultanée de la pince, du doigt ou du miroir, dans le pharynx.

M. Delstanche a imaginé un adénotome dit à coulisse qu'il a présenté, en 1879, au Congrès d'Amsterdam, et, sur lequel, il est revenu, en 1885, dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1). Cet instrument, dont le mécanisme est ingénieux, a, finalement, une action analogue à celle de la pince, qui vient d'être décrite. Ses mors sont fenêtrés, et comme ceux de Lœwenberg, ne coupent que par leurs bords supérieurs.

L'ablation me paraît supérieure au broiement pratiqué avec une pince à mors dentelés, ou avec la pince imaginée par Stœrk (2). Je ne vois aucun avantage à laisser en place des tissus mortifiés, devant s'éliminer peu à peu. N'est-il pas beaucoup plus simple et plus sûr de les enlever immédiatement (3) ?

Les tumeurs adénoïdes n'ayant aucune tendance à récidiver, après leur ablation, il n'est pas nécessaire de cautériser la

---

(1) Delstanche. — Note sur l'adénotome à coulisse (Archiv. für ohrenheilkunde, juin 1879, et journal de médecine de Bruxelles, juillet 1879). — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, t. XI, p. 292.

(2) Stœrk. — Klinik der krankheiten des kelkopfs, etc. Stuttgart, 1876, p. 98.

(3) Depuis cette communication, M. Lœwenberg reprochant à sa pince d'opérer quelquefois en arrachant et non en coupant, surtout lorsqu'il s'agit de végétations à base large et à contexture dense, a fait construire un couteau à *tranchant intérieur* et à *appareil protecteur*. Ce couteau agit par la voie buccale, sans le contrôle de l'exploration digitale ou de la rhinoscopie postérieure, et ne peut, au dire de l'auteur, produire aucun accident. On trouvera sa description dans le Progrès médical (n.os 21 et 22, 1886, p. 435 et 453. — Nouveau procédé pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal).

urface d'implantation. On peut se borner à faire faire , par es narines , dans l'intervalle des séances et dans les dix ou uinze jours qui suivent la dernière , des pulvérisations avec ne solution saturée d'acide borique. On chasse ainsi , tout n pratiquant l'antisepsie , les mucosités qui sont souvent ssez abondantes.

Il arrive, dans bien des cas, que les opérés continuent à res- irer par la bouche, même quand la voie nasale est absolument ibre. Dans le but de lutter contre cette tendance , Lœwenberg oc. cit.) conseille un bandage inextensible et Guye (1) un *ontre-respirateur*, qui ne paraissent pas valoir la mentonnière e Delstanche (loc. cit. , p. 295). Cet appareil ne produit pas, omme les deux premiers, une occlusion absolue et forcée e la bouche. Un léger effort musculaire permet à la mâchoire férieure de s'abaisser, si, pour un motif quelconque, la voie asale vient à s'obstruer.

Je n'ai pas à m'occuper ici du traitement des complications es tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Je rappellerai, seu- ment, que, pour rétablir la perméabilité complète des fosses asales, il faut, chez bon nombre d'opérés, cautériser la mu- ueuse des cornets inférieurs avec le galvano-cautère , ou acide chromique , et soigner le catarrhe par les moyens ppropriés. Enfin , il faudra quelquefois aussi redresser la oison soit , dans les cas simples , avec l'instrument de elstanche (loc. cit., p. 282), soit, dans les cas plus compliqués, ar une opération particulière (redressement avec perte de ubstance).

(1) Guye. — Congrès international de Londres, 1881.

Extrait du *Bulletin médical du Nord.*

CORPS ÉTRANGER DE L'OREILLE
AYANT PROVOQUÉ UNE OTITE EXTERNE DIFFUSE

par M. le docteur NOQUET.

Communication faite à la Société centrale de médecine du département du Nord, dans la séance du 11 *mars* 1887

Le plus souvent, les corps étrangers du conduit auditif sont ien tolérés. Ils peuvent rester longtemps en place, sans pro- oquer d'autre symptôme gênant qu'une surdité plus ou oins prononcée, due au cérumen qui s'accumule autour 'eux. Moi-même j'ai eu l'honneur de vous montrer, ici, l y a bientôt deux ans, un grain de chapelet, qui formait e noyau d'un bouchon de cérumen et qui avait séjourné, ans le conduit auditif d'un jeune homme, pendant plusieurs nnées, sans amener la moindre complication inflammatoire.

Aujourd'hui, je vous demande la permission de vous pré- enter un de ces corps étrangers qui a fait naître une otite xterne diffuse, très intense. Il s'agit d'un morceau d'allu- ette en bois, long d'environ un centimètre, que j'ai extrait, ans les circonstances suivantes :

Une dame de trente-quatre ans vint, le mois dernier, me onsulter pour des douleurs très vives, qu'elle ressentait, epuis plusieurs jours, dans l'oreille droite et à son pourtour. e sommeil était empêché. Il y avait de la lourdeur de tête et n bruit en dji..ii..ii..ii.. très gênant était perçu, d'une façon ermanente, par l'oreille malade.

A l'examen, je constatai une surdité assez prononcée et de lus un gonflement très marqué des parois du conduit. Ces pa- ois étaient rouges et se touchaient à peu près complétement,

à une très petite distance du méat. Il y avait aussi un pe[u]
d'écoulement séreux.

Les fosses nasales et le pharynx ne présentaient aucune lé-
sion. Quant à l'insufflation d'air par la trompe, elle semblai[t]
indiquer que la membrane du tympan n'était pas perforée[.]
L'autre oreille était intacte.

J'ajoute, pour être complet, que la malade jouissait habi-
tuellement d'une bonne santé, qu'elle était d'une constitutio[n]
robuste, et qu'elle paraissait exempte de toute diathèse.

L'aspect normal des fosses nasales et du pharynx, le résulta[t]
de l'insufflation d'air tendaient à me faire croire que j'étai[s]
en présence d'une otite externe diffuse. Je portai ce diagnosti[c]
en faisant quelques réserves sur l'état de la caisse. Ces réserve[s]
m'étaient imposées par l'absence d'exploration directe de l[a]
membrane du tympan, le gonflement des parois du condui[t]
s'opposant à l'examen *de visu* et aussi à l'auscultation.

Je conseillai des instillations avec une décoction très con-
centrée de têtes de pavot, additionnée de chlorhydrate d[e]
morphine et d'acide borique. Chaque instillation devait êt[re]
précédée d'une irrigation faite avec une solution saturé[e]
d'acide borique. Je fis appliquer, sur l'apophyse mastoïde[,]
un petit vésicatoire qui devait être pansé avec une pommad[e]
morphinée, et prescrivis, de plus, pour le cas où les douleu[rs]
ne diminueraient pas, une potion contenant de l'hydrate d[e]
chloral, du sirop de codéine et du sirop de morphine.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'amen-
dèrent, et quand la dame revint, chez moi, quelques jou[rs]
plus tard, je pus constater que les parois du conduit étaie[nt]
sensiblement dégonflées. Elles ne se touchaient plus qu'a[u]
niveau de la portion osseuse. Il existait encore un peu d'écou-
lement.

Après avoir fait un nettoyage complet, j'aperçus, à un cen-
timètre environ du méat, à l'endroit où le gonflement resta[it]
très prononcé, et contre la paroi inférieure, une sorte [de]

petite saillie, dont la coloration brune tranchait nettement sur celle des parties voisines, qui étaient très rouges. Avec un stylet, je sentis que j'avais à faire à un corps résistant, et prenant une pince, j'amenai, au-dehors, le morceau d'allumette en bois dont j'ai parlé.

La dame fut très surprise de cette extraction. Elle ignorait absolument la présence du corps étranger. Toutefois, elle se rappela avoir éprouvé, quelques mois auparavant, de vives démangeaisons dans l'oreille, et s'être gratté assez souvent l'intérieur du conduit auditif avec une allumette. C'était, probablement, depuis cette époque, que le corps étranger se trouvait là.

L'extraction fut suivie d'une amélioration rapide. En quelques jours, sous l'influence d'un traitement antiseptique, tout rentra dans l'ordre. L'audition redevint normale. La membrane du tympan, qui avait participé à l'inflammation du conduit, n'était, du reste, pas perforée.

Les démangeaisons, ressenties par la malade, permettent de supposer qu'il s'était fait, dans le conduit, à une certaine époque, une ou plusieurs poussées légères d'eczéma. Le conduit se trouvait ainsi plus sensible, plus irritable, et c'est, sans doute, en grande partie, à cette cause, qu'il faut attribuer l'inflammation aiguë, provoquée par la présence du corps étranger.

Lille, imp. Castiaux, grande place 13.